

22. 受診のためのオレンジシート (愛別町)

| | | | | | |
|-----|----|--------|---|-------|--------|
| 記入日 | 年 | 月 | 日 | 記入者名 | 本人との関係 |
| 受診者 | 氏名 | | | 生年月日 | 年齢 |
| | | | | 年 月 日 | 歳 |
| 同行者 | 住所 | | | 電話 | 性別 |
| | | | | | 男 ・ 女 |
| 氏名 | | 本人との関係 | | 連絡先 | |

1. 受診の目的 (当てはまるものに○をする)

診断を受けたい ・ セカンドオピニオン ・ 入院に関する相談 ・ 要介護認定の意見書
 認知症の治療のため ・ お薬の調整 ・ 認知症に関することや予後に関する説明を受けたい
 生活上の助言を受けたい ・ 成年後見制度に関すること (診断書など)
 その他 ()

2. 症状や対応について

◆心配な症状はいつからですか? () くらい前から

◆心配な症状や困っていることはどんなことですか? (当てはまるものに○をする)

もの忘れ (自覚: あり・なし) ・ 料理など日常的な物ごとの段取りがうまくできない
 食欲低下 ・ 過食 ・ 脱水傾向 ・ 体重の変化 (急に増えた・急に減った)
 食べ物ではないものを食べようとする ・ こだわりが強い ・ 性格の変化
 物を盗まれたという (物盗られ妄想) ・ 不要な物を集める (収集癖) ・ 幻聴や幻覚
 金銭管理ができない ・ 大切な物を何度もなくす ・ 服薬管理ができない ・ 疲れやすい
 尿失禁 ・ 意欲低下 ・ 外出して戻れない ・ 道に迷う ・ 介護を拒否する
 症状が急激に進行している ・ 家族関係が悪い ・ 本人以外に認知症の家族がいる
 その他具体的に

3. これまでにかかったことがある病気

◆主な病気 ()

◆主な内服薬 ()

◆その他特記すべきこと ()

4. 生活状況や本人の状態について

◆介護者 いる（本人との関係： / 同居 ・ 別居） ・ いない
 ↳ 介護者の状況について特記すべきことがあればご記入ください
 （ ）

◆経済状況 国民年金 ・ 厚生年金 ・ 無年金 ・ 生活保護 ・ その他
 ↳ 経済状況について特記すべきことがあればご記入ください
 （ ）

◆日常生活状況

| | | | | |
|---------|--------|---------|---------|--------|
| 食 事 | 一人でできる | 一部介助が必要 | 全て介助が必要 | その他（ ） |
| 移 動 | 一人でできる | 一部介助が必要 | 全て介助が必要 | その他（ ） |
| 排 泄 | 一人でできる | 一部介助が必要 | 全て介助が必要 | その他（ ） |
| 掃除・洗濯 | 一人でできる | 一部介助が必要 | 全て介助が必要 | その他（ ） |
| 服薬管理 | 一人でできる | 一部介助が必要 | 全て介助が必要 | その他（ ） |
| 調 理 | 一人でできる | 一部介助が必要 | 全て介助が必要 | その他（ ） |
| 買 物 | 一人でできる | 一部介助が必要 | 全て介助が必要 | その他（ ） |
| 入 浴 | 一人でできる | 一部介助が必要 | 全て介助が必要 | その他（ ） |
| 金銭・財産管理 | 一人でできる | 一部介助が必要 | 全て介助が必要 | その他（ ） |
| 医療機関の受診 | 一人でできる | 一部介助が必要 | 全て介助が必要 | その他（ ） |

◆本人の好きな事・嗜好品

趣味・特技（ ）

飲酒 あり（1日量 ） ・ なし 喫煙 あり（1日 本） ・ なし

◆介護の認定 受けている ・ 申請中 ・ 受けていない
 ↳ 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

◆利用中のサービス（サービス名や利用頻度などをご記入ください）

（ ）

◆関わっている機関・担当者など（地域包括支援センターやケアマネジャーなど）

機関名（ ） 担当者職・氏名（ ）
 機関名（ ） 担当者職・氏名（ ）

備考